

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 143

A PROPOS D'UN CAS
DE
LÈPRE AUTOCHTONE

Considérations cliniques, diagnostiques et prophylactiques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1921

PAR

GEORGESCO (Jean)

Né à Alexandria (Roumanie), le 4 mai 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

VEDEL, Professeur, *Président.*

BERTIN-SANS, Profes^r.

LEENHARDT, Agrégé.

MARGAROT, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

A PROPOS D'UN CAS
DE
LÈPRE AUTOCHTONE

Considérations cliniques, diagnostiques et prophylactiques

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 143

A PROPOS D'UN CAS
DE
LÈPRE AUTOCHTONE

Considérations cliniques, diagnostiques et prophylactiques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1921

PAR

GEORGESCO (Jean)

Né à Alexandria (Roumanie), le 4 mai 1890

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

VEDEL, Professeur, *Président*.

BERTIN-SANS, Professeur.

LEENHARDT, Agrégé.

MARGAROT, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (II.)
	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
	TEDENAT.
	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GQT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Anatomie	{	MARGAROT.	Accouchements	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.).			CABANNES.
Chimie	{	MESTREZAT.	Histoire natur.	{	PECH.
			Physique		

Examineurs de la thèse :

MM. VEDEL, *prof.*, *président*.

BERTIN-SANS, *professeur*.

MM. LEENHARDT, *agrégé*.

MARGAROT, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle s'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE CATHERINE

AUX MIENS

AUX AMIS

J. GEORGESCO.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*C'est grâce à son aide paternelle
que nous avons pu mener à bonne fin
nos études. Nous lui conserverons
un reconnaissant et respectueux sou-
venir.*

J. GEORGESCO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTIN-SANS
PROFESSEUR D'HYGIÈNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARGAROT

*En témoignage de notre vive
gratitude pour la bienveillance
qu'il a toujours montrée à notre
égard.*

J. GEORGESCO.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES IMBERT
DE MARSEILLE

*Qui nous a soigné avec tant de
dévouement lors de l'épidémie de
typhus exanthématique en Rou-
manie.*

J. GEORGESCO.

En arrivant à la fin de notre scolarité, nous sommes heureux de pouvoir rassembler dans une même pensée de reconnaissance affectueuse tous ceux qui nous ont guidé et soutenu au cours de nos études interrompues par la guerre.

Aux Maîtres de cette Ecole, à laquelle nous devons notre situation de demain, nous joignons nos Maîtres dans les hôpitaux. Que M. le docteur Irimesco, médecin-chef de l'hôpital de tuberculeux Filaret de Bucarest ; M. le docteur Vabre, médecin-chef de l'hôpital mixte de Béziers ; Grillères, médecin-chef du sous-centre de vénériologie de Béziers ; MM. les docteurs Revel et Reynaud, chirurgiens de l'hôpital Ruffi, de Nîmes, et M. le docteur Brunet, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Montdevergues, reçoivent l'hommage de notre vive reconnaissance pour l'enseignement précieux et les marques de bienveillance qu'ils prodiguèrent à leur interne.

C'est aussi avec reconnaissance que nous disons merci aux docteurs Blanchard, Bru, Champneuf, Cour, Fraisse, Gardes, Grisot, Guittard, Hillebrand, Labeille, Langlois pour l'amitié franche qu'ils nous ont vouée. Ce sont des amis sûrs et dévoués dont le souvenir sera toujours présent dans notre cœur. Nous n'oublierons pas non plus nos chers amis de la guerre le capitaine Charles du Breil, de la Mission Française en Roumanie, et

X

le lieutenant Georges Oresco, ingénieur des ponts et chaussées.

Merci encore à M. Izard, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine, à M. Fourcade, secrétaire de l'Académie et à notre ami Germain Francès, rédacteur au « *Petit Méridional* », pour les innombrables services qu'ils nous ont rendus.

A PROPOS D'UN CAS DE LÈPRE AUTOCHTONE

Considérations cliniques, diagnostiques et prophylactiques

INTRODUCTION

Déjà bien avant la guerre, les dermatologistes avaient attiré l'attention sur le nombre relativement considérable de lépreux vivant en France, nombre accru chaque année de quelques unités nouvelles. De tels malades, disséminateurs d'un nombre incalculable de bacilles de Hansen, allant et venant en toute liberté au milieu d'une population saine, représentaient un danger de contagion indéniable pouvant faire redouter, à juste titre, la possibilité d'un retour offensif de cette affection comme aux siècles passés. La connaissance de l'évolution sporadique des maladies infectieuses légitimait de pareilles craintes.

Aussi, le gouvernement français, à l'instar de ce qui avait été fait quelques années auparavant en Norvège et plus récemment en Allemagne dans des circonstances analogues, avait soumis la question à l'étude de l'Aca-

démie de Médecine. Une discussion après rapport de M. Netter fut ouverte, discussion qui ne fut pas sans échos dans la presse médicale française et qui se termina dans les premiers mois de l'année 1914 par un ensemble de vœux favorables à l'instauration de mesures prophylactiques antilépreuses.

La guerre, avec son brassage de peuples de toutes races sur notre continent, vint apporter une preuve de plus à la réalité de ce danger. De fait, depuis 1914 le nombre de cas de lèpre publiés a été plus important que jamais et la quantité de lépreux découverts parmi les recrues coloniales venues en France au titre de combattants ou de simples ouvriers d'usine a été relativement très considérable. A titre prophylactique, tous ces lépreux, au fur et à mesure de leur dépistage, furent groupés dans des centres spéciaux et rapatriés dans les plus brefs délais.

Malheureusement, il est des formes de lèpre fruste parfois difficilement reconnues même des spécialistes et susceptibles, soit d'évoluer pendant le séjour du malade en France vers des formes cliniques plus caractéristiques, soit de rester stationnaires durant de longues années. Il n'en demeure pas moins avéré que ces porteurs méconnus de germes représentent le facteur le plus dangereux de contagion.

A ce sujet, l'observation rapportée dans notre travail, cas de lèpre autochtone apparue au cours de la guerre chez un Français n'ayant jamais quitté son pays, pose la question de savoir où s'est faite la contamination. Malgré une enquête étiologique aussi minutieuse que serrée, il n'a pas été possible de l'établir. Le fait n'en reste pas moins très troublant.

D'autre part, chez ce malade le diagnostic véritable a

été longtemps méconnu. Et si l'on songe à la quantité de bacilles dont il était porteur et qui fourmillaient littéralement dans son mucus nasal, dans la sérosité des lépromes, etc., on ne peut s'empêcher de penser au risque couru par son entourage pendant tout le temps où il est resté dans l'ignorance de ce danger. Dès le moment où le diagnostic fut fait, le malade lui-même, sa femme furent prévenus et mis en garde. Aussi peut-on espérer, par des mesures prophylactiques intelligentes prises à domicile et avec ce que l'on sait de la transmission au moins difficile de la lèpre, que ce cas malheureux restera isolé.

On comprend l'importance d'un diagnostic précoce dans une telle affection.

L'intérêt qui s'attache à cette question nous a paru mériter de faire le sujet de ce travail qui termine notre scolarité médicale.

Il importe en effet que le plus grand nombre possible de médecins se familiarise avec les diverses manifestations cliniques de la lèpre, apprenne à la dépister sous ses formes frustes et surtout connaître les diverses épreuves de laboratoire qui permettent d'en affirmer le diagnostic.

Ce sera l'objet des deux premiers chapitres de cette étude. Dans un dernier chapitre, nous étudierons certaines notions étiologiques actuelles de la lèpre qui justifient la nécessité d'adopter dans ce pays des mesures de prophylaxie antilépreuse, à l'instar des moyens de protection pris à l'étranger, en des pays qui ne sont pas plus menacés que la France.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le docteur Giraud, chef de clinique,
et de M. Ollivier, interne du service)

M. X..., cultivateur, âgé de 37 ans, entre en observation à l'Hôpital Suburbain, service de M. le professeur Vedel, au mois de février 1921, pour lésions cutanées dont le début s'est fait en 1917 et pour troubles parétiques de la main gauche de date plus récente.

Dans les antécédents héréditaires et personnels de cet homme, on ne trouve rien de notable à retenir. C'est un sujet robuste, qui a été toujours bien portant. Il a fait toute la guerre dans le génie monté sans un seul jour d'hospitalisation. Jusqu'en 1914, il n'avait jamais quitté son village natal, Aignes-Mortes, sauf cependant un voyage de trois mois en Tunisie, à l'âge de 15 ans, qu'on ne peut vraisemblablement pas incriminer dans l'étiologie de l'affection actuelle.

Le début s'est fait d'une façon insidieuse, sans phase d'invasion à phénomènes généraux fébriles, ni localisations du côté de la pituitaire sous la forme de coryza tenace ou d'épistaxis à répétition.

Pendant son séjour au front, vers novembre 1917, ses camarades lui firent remarquer des taches rouges qu'il

portait au cou et à la face. Et depuis cette date notre malade qui s'observe voit apparaître, à intervalles plus ou moins éloignés, des taches au niveau de l'abdomen, des membres, puis une infiltration œdémateuse des pieds, et vers le milieu de 1920 un amaigrissement de la main gauche qui a fini par aboutir à une atrophie musculaire actuellement des plus nettes dans le domaine du nerf cubital. Il est à noter que toutes ces localisations tégumentaires ou névritiques se sont faites sans aucune poussée fébrile, ni la moindre réaction du côté de l'état général. Actuellement il existe des lésions lépreuses caractéristiques au niveau des téguments, des nerfs et des viscères.

1° TÉGUMENTS. — Au visage, on note une infiltration cutanée diffuse sans formations nodulaires nettes. Cette infiltration est plus marquée à l'hémi-face gauche et surtout au niveau de la paupière supérieure qui est boursouflée, tombante, réalisant ainsi une sorte de ptosis sans paralysie musculaire vraie. La queue du sourcil est abaissée, dépourvue de poils (signe d'Hallopeau). La peau est rougeâtre et les lésions dans l'ensemble donnent à la physionomie une ébauche nette du « facies léonin ». La même infiltration œdémateuse et pachydermique se retrouve en divers endroits du corps, tantôt répartie en plaques diffuses, tantôt suivant une disposition segmentaire. Au membre supérieur, à droite surtout, il existe à la face interne du coude une vaste zone cutanée épaissie, tranchant à la palpation sur les portions avoisinantes de peau saine. A ce niveau, la peau est rugueuse, gaufrée, d'une sécheresse remarquable.

Les mains sont également infiltrées mais à un degré moindre. La peau de la région dorsale présente un état cyanotique et légèrement squameux.

Aux pieds, l'infiltration des téguments est particulièrement intense. Elle revêt surtout à droite un aspect pachydermique et offre une localisation segmentaire dont la limite supérieure remonte à droite comme à gauche jusque vers le tiers inférieur de la jambe.

Ces infiltrations cutanées correspondent à des lépromes diffus en nappes. Les nodules ou tubercules lépreux sont plus rares, on en trouve cependant un certain nombre enfouis dans l'épaisseur du derme, irrégulièrement répartis.

De plus, on note au niveau des téguments des taches de formes et de dimensions variables. Il en existe au niveau du tronc, surtout dans les régions lombaire et abdominale, mais sans répartition topographique à type radiculaire ou périphérique apparente. A l'abdomen ce sont des macules pigmentaires de coloration chamois foncé, affectant une disposition annulaire assez nette, avec une zone centrale particulièrement décolorée et un liseré périphérique hyperchromique et infiltré. Au niveau des membres, au contraire, on trouve plus nettement des macules de couleur rouge vineux, avec état gaufré de la peau.

2° TROUBLES NERVEUX. — Les troubles nerveux portent à la fois sur la motricité et la sensibilité. Les nerfs cubitaux sont augmentés de volume, à droite surtout. Leur hypertrophie est globale, régulière, sans renflements moniliformes. De plus, on peut les comprimer dans leur gouttière osseuse sans éveiller de douleur notable.

Cette infiltration tronculaire du cubital se traduit objectivement par une atrophie dans la musculature correspondante de la main. A gauche, il existe une fonte musculaire à peu près totale de l'adducteur du pouce et

une amyotrophie de l'éminence hypothénar et des inter-osseux dorsaux. Les muscles tributaires du médian sont atteints également mais à un degré moindre et dans l'ensemble la main tend vers l'aspect simien.

A droite, l'atrophie est à peine marquée et se traduit seulement par un amaigrissement global, une hypotonie dans la musculature tributaire du nerf cubital.

Malgré l'atrophie de la main gauche, la motricité est à peine touchée. Les tests moteurs du cubital sont suffisants, la préhension bonne ; dans l'ensemble cependant la force musculaire est diminuée, surtout par rapport au côté opposé.

Au visage, il existe une atteinte légère du facial gauche sans paralysie vraie. Il y a parésie de l'orbiculaire des paupières et disparition des rides frontales du côté gauche. Par ailleurs, la mobilité est tout à fait bonne, l'intégrité musculaire normale.

La réflexivité tendineuse se montre intacte. Il n'y a pas de signe de Babinski.

3° SENSIBILITÉ. — Les troubles de la sensibilité subjective sont à peu près nuls.

Ils consistent en une sensation de fourmillement le long des membres, surtout au niveau des mains et des pieds, ne s'accompagnant pas de prurit, ni de douleurs névralgiques.

Les troubles de la sensibilité objective sont plus précis. D'une façon générale il existe de l'anesthésie ou de l'hypoesthésie au niveau des macules ou des zones d'infiltration tégumentaire. A l'extrémité des membres, aux pieds surtout, l'anesthésie présente la disposition dite segmentaire dont la limite supérieure se fait par une zone de transition oblique et sinueuse vers le tiers inférieur de la jambe.

A l'avant-bras gauche, l'anesthésie est également segmentaire avec un îlot de sensibilité conservée dans le domaine du médian et du radial à la main.

Au membre supérieur gauche, le manchon anesthésique n'est pas complètement fermé ; il existe de l'anesthésie dans le domaine du cubital à l'avant-bras et la main, de même dans la région interne du coude où elle se superpose à la zone d'infiltration pachydermique plus haut décrite ; il existe également une troisième zone anesthésique au bord radial de l'avant-bras. Entre ces différentes zones on trouve des bandes longitudinales de sensibilité conservée. D'une manière générale, l'anesthésie se manifeste aux divers modes de la sensibilité : tactile, thermique et douloureuse, avec persistance presque constante de la sensibilité à la pression. Dans d'autres zones, il existe un simple retard de la sensibilité thermique ou douloureuse sur la sensibilité tactile. Il n'y a de dissociation syringomyélique vraie qu'au niveau des deux ou trois grandes macules de la région abdominale.

VISCÈRES. — Enfin comme localisations viscérales il y a lieu de noter une altération de la voix en relation avec une atteinte laryngée lépreuse vraisemblable, et surtout une infiltration fibreuse du testicule gauche, sans antécédent d'orchite gonococcique. En rapport sans doute avec cette localisation testiculaire, il existe chez le sujet une diminution importante de l'aptitude génitale.

Par ailleurs, l'examen somatique est tout à fait négatif et l'état général satisfaisant. L'examen bactériologique a confirmé le diagnostic clinique en décelant des bacilles de Hansen, en quantité considérable et avec leurs globi caractéristiques dans la sérosité retirée par piqûre à l'aiguille de Pravaz des lépromes cutanés, du mucus

nasal, du produit de râclage de la pituitaire et de la sécrétion lacrymale.

La réaction de Bordet-W. a été négative dans le sang.

*
* *

En résumé, il s'agit d'un cas de lèpre mixte avec *lésions cutanées* de deux ordres : infiltration lépromateuse avec état pachydermique et érythémateux des extrémités, surtout des pieds, macules pigmentaires annulaires, brun chamois et lisses sur l'abdomen ; et *lésions nerveuses* : hypertrophie des nerfs cubitaux, amyotrophie des petits muscles des mains et plaques anesthésiques cutanées avec dissociation syringomyélique des sensibilités au niveau des macules abdominales.

ÉLÉMENTS CLINIQUES ESSENTIELS

Nous ne pouvons songer à tracer de la lèpre un tableau symptomatologique complet. Un gros volume y suffirait à peine. Notre but est simplement de retracer les éléments cliniques caractéristiques de cette affection, ceux utiles surtout au diagnostic. De ces éléments, certains existent d'une façon isolée dans les cas frustes, trop fréquents et trop souvent méconnus. Ces signes, à eux seuls, permettent le plus souvent le diagnostic, de là leur importance à les bien connaître.

La lèpre, infection générale, peut léser tous les points de l'économie. Deux localisations lépreuses sont cependant prépondérantes : les localisations au niveau de la peau et des muqueuses ; les localisations au niveau du système nerveux. Elles représentent les deux types cliniques particuliers les plus fréquents de la maladie. On rencontre en outre des lésions viscérales sur lesquelles nous serons bref pour ne pas sortir du but que nous nous sommes donné.

Les lésions cutanées fondamentales de la lèpre sont la macule et le tubercule.

MACULES. — C'est le plus souvent le premier signe, et

parfois longtemps le seul, de la lèpre confirmée. Purement vasculaires au début, les macules peuvent se pigmenter par la suite, d'où la distinction entre les *macules érythémateuses* et les *macules pigmentaires*. Ce sont des taches de teinte d'abord rose pâle, puis rouge, voire même cramoisie ou violacée. Rapidement intervient la pigmentation s'ajoutant à la congestion et donnant lieu aux taches érythémato-pigmentaires de ton sombre, jaunâtre, cuivré, peau de chamois ; leur surface est brillante, comme vernissée. Leurs dimensions sont variables : habituellement minimales, elles peuvent se montrer sous l'aspect de larges plaques. Souvent leur centre se décolore ou au contraire se fonce, réalisant ainsi les *taches annulaires* à bourrelet périphérique plus ou moins infiltré, congestif ou pigmentaire, limitant au centre une zone de peau normale, achromique ou hyperchromique.

Les macules lépreuses se montrent de préférence au niveau du visage, des mains et des parties exposées à la pression : coude, fesses, etc.

Au niveau de ces taches, la sensibilité est souvent modifiée. Il existe de l'anesthésie ou de l'hypoesthésie avec sensations subjectives de fourmillement, de démangeaisons.

L'évolution de ces taches se fait par poussées successives s'accompagnant parfois de phénomènes généraux et de fièvre. Cette période maculaire peut être fort longue, souvent une macule lépreuse peut persister de longues années, constituant le seul symptôme de la maladie.

Le plus souvent elles deviennent saillantes et évoluent vers la formation nodulaire ou tuberculeuse.

TUBERCULES. — Ils siègent sous la peau ou dans le derme et peuvent être circonscrits ou diffus. Arrondis

ou ovalaires, ils sont de volume variable : grain de chènevis, noisette, noix, orange. Les lépromes en nappe sont étalés, de relief minime, mais à surface bosselée, représentant autant de tubercules. La peau qui les recouvre présente un aspect huileux, dû à l'hypersécrétion sébacée, ou bien se recouvre d'écailles fines. Sa coloration est rouge brunâtre ou violacée.

Leur répartition topographique est importante à connaître. Ils se développent surtout à la face, sur le front, le nez, les lèvres, le menton, le lobule de l'oreille où ils se rencontrent dans certains cas isolément. Ils peuvent aussi se répandre à peu près également des deux côtés du corps, aux extrémités, à la région fessière.

La localisation des lépromes à la face réalise un aspect du visage tout à fait caractéristique, d'un type uniforme qu'on reconnaît toujours quand on l'a vu une fois. La face est tuméfiée; le front creusé de sillons, le nez élargi, déformé, les joues présentent des infiltrations et des saillies tuberculeuses, les lèvres sont épaisses, lippues, les paupières bouffies, les oreilles tuméfiées. Bref, tout l'ensemble de ces lésions contribue à donner au malade « l'aspect léonin ».

Au niveau de ces tubercules, on note une anesthésie plus ou moins accusée, elle augmente d'ailleurs à mesure que l'évolution se poursuit et en maints cas on constate de la dissociation syringomyélique.

Comme pour les macules, l'évolution de ces tubercules se fait par poussées successives avec fièvre et phénomènes généraux et locaux graves. Il y a de la douleur, de la lymphangite. Puis progressivement tout rentre dans l'ordre.

Dans d'autres circonstances, le tubercule lépreux suppure, puis s'ulcère, mettant à nu les tissus sous-jacents.

Du côté de la peau, on observe en outre des troubles trophiques divers relevant surtout d'un processus névritique.

La *raréfaction des sourcils*, notamment dans leur tiers externe, est l'un des signes les plus précoces de la lèpre. (Hallopeau). A ce titre, il faut savoir le reconnaître. Souvent aussi il existe de l'alopecie de la barbe et de la moustache avec intégrité du cuir chevelu caractéristique par son contraste avec l'état glabre du visage. Les ongles s'amincissent ou s'épaississent et tombent. La peau devient sèche, pachydermique.

Du côté des muqueuses, il existe des lésions analogues aux lésions cutanées. Elles occupent de préférence la cloison des fosses nasales qui peut être primitivement atteinte et se manifestent par un coryza chronique dont les sécrétions sont particulièrement riches en bacilles. La cloison peut être perforée, provoquant des déformations nasales analogues à celles de la syphilis.

L'inflammation de la muqueuse nasale gagne le rhinopharynx, peut s'étendre au voile du palais, au dos de la langue, au vestibule du larynx et au larynx lui-même.

On peut observer également des conjonctivites, des kératites, des iritis pouvant aboutir à des opacités ou même à la fonte purulente du globe oculaire.

Les altérations nerveuses de la lèpre consistent en des lésions des nerfs périphériques principalement, entraînant des troubles sensitifs, moteurs et trophiques.

Dans la forme nerveuse de la lèpre il existe au début, comme dans les formes réglementaires, des macules cutanées annulaires, fortement pigmentées à la périphérie, achromiques en leur centre, mais dont le caractère primordial réside dans leur répartition à topographie nerveuse du type radiculaire ou périphérique.

Dans cette forme, les troncs nerveux augmentent de volume. L'examen du cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne donne l'impression d'un cordon nerveux doublé ou triplé de volume, signe d'une valeur presque pathognomonique.

Il existe en même temps des troubles sensitifs. Au début, ce sont des phénomènes hyperesthésiques, consistant en douleurs vagues, fourmillements, démangeaisons parfois extrêmement vives. Dans certains cas, il s'agit de douleurs névralgiques intenses dans le domaine des nerfs sensitifs ou des nerfs mixtes.

A ces manifestations subjectives succèdent des troubles anesthésiques. *L'anesthésie lépreuse* est d'une importance capitale au point de vue du diagnostic. Elle revêt tout d'abord une distribution périphérique rubanée et tend à prendre dans la suite le type dit segmentaire. Profonde, l'anesthésie est dissociée. La sensibilité thermique disparaît la première, la sensibilité à la douleur est atteinte peu après et toutes deux sont abolies bien avant la sensibilité tactile.

Les troubles moteurs consistent en des paralysies musculaires progressives dans le domaine des nerfs atteints. On trouvera de la paralysie faciale totale, plus souvent de la paralysie isolée de l'orbiculaire. D'une façon générale tous les groupes musculaires de l'économie peuvent être bouchés. Mais, en relation avec la fréquence de la lésion des nerfs cubitaux, le premier examen devra porter sur les muscles de l'éminence hypothénar et sur l'adducteur du pouce. Leur atrophie est précoce, on trouvera souvent une dépression au niveau du premier espace interosseux dorsal traduisant la fonte de l'adducteur du pouce, le premier touché en règle générale. L'atrophie

de l'éminence hypothénar vient ensuite et gagne petit à petit toute la musculature de la main.

Au membre inférieur, ces lésions passent facilement inaperçues, non seulement en raison de leur siège, mais aussi parce que ces atrophies musculaires ne causent guère que des troubles fonctionnels insignifiants. Il n'en est pas de même de la parésie atrophique du groupe antéro-externe de la jambe qui se traduit par du steppage.

Assez rapidement, tous ces troubles trophiques s'exagèrent. A la main, l'atrophie musculaire donne lieu à des griffes, entraînant des déformations et des rétractions tendineuses irréductibles. Il en est de même pour le pied. En même temps il existe de l'atrophie osseuse avec formation de séquestres qui finissent par entraîner la chute de phalanges et de portions de membres parfois considérables. La main et le pied peuvent être réduits à l'état de moignons absolument méconnaissables, l'ensemble de ces lésions destructives constituant la lèpre mutilante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique de la lèpre est relativement facile dans certaines formes avérées. Aussi ne nous occuperons-nous pas de ces cas trop faciles. Par contre, la difficulté peut être parfois très grande, et cela non seulement dans certains cas de lèpre purement nerveuse à lésions atypiques, mais surtout dans certaines formes frustes mono ou paucisymptomatiques que l'on a appris à mieux connaître, depuis que la guerre a astreint les dermatologistes à dépister ces manifestations de beaucoup les plus redoutables, parce que pouvant passer facilement inaperçues.

Le docteur Perrin notamment a attiré l'attention sur ces faits. Il a signalé des formes jeunes de la lèpre se manifestant tantôt par une lésion unique, isolée, quelquefois très petite, tantôt par des taches plus nombreuses mais discrètes et d'un dépistage d'autant plus délicat que ces malades se présentent souvent comme des sujets robustes ayant déjà fait campagne ou servi dans les usines. Chez certains sujets, la seule détermination cutanée réside dans le développement de zones dyschromiques, tantôt surpigmentées mais difficilement perçues

dans les races noires, plus facile à reconnaître chez les Asiatiques, tantôt et le plus souvent achromiques, de disposition extrêmement variable. D'après Perrin, ces formes jeunes à début par taches érythémateuses ou érythémato-achromiques, qui peuvent constituer le seul signe morbide pendant un temps souvent fort long, sont susceptibles parfois, quand on peut surveiller leur évolution, de reproduire tous les modes des manifestations actives de la maladie.

Enfin, il est même des cas où l'on ne constate que quelques tubercules groupés en cercle, ou disposés autour d'une zone érythémateuse de dimensions variables, pouvant avoir l'étendue d'une pièce de deux francs; on conçoit la difficulté où l'on se trouve de faire un diagnostic différentiel d'avec la syphilis ou la tuberculose.

Dans ces conditions, lorsque l'attention sera attirée par un des signes décrits plus haut : éruption érythémateuse, tache achromique ou pigmentée, nodules dermiques ou sous-cutanés dont nous avons donné les caractères au chapitre symptomatologique, on recherchera ce qu'on a appelé les *stigmates permanents de la lèpre* sur lesquels repose le diagnostic clinique. Au premier plan, il faut placer l'examen de la sensibilité objective soit au niveau des plaques soit le long des membres, qui révélera en cas de lèpre une anesthésie plus ou moins complète et souvent de la dissociation des sensibilités, signe caractéristique. En second lieu, on recherchera le gonflement et l'état moniliforme des nerfs et surtout des cubitaux si facilement accessibles à la palpation.

On pourra observer également la disparition de la queue du sourcil (signe d'Hallopeau), des tubercules sous-cutanés du lobule de l'oreille, des altérations des

organes génitaux (orchite scléreuse); tous signes précieux de diagnostic mais qui n'ont pas le mérite, comme les deux précédents d'être d'une fréquence à peu près absolue dans les formes de lèpre fruste et d'une valeur presque pathognomonique.

Le diagnostic clinique devra être confirmé par diverses épreuves de laboratoire ayant pour but de révéler la présence du bacille de Hansen. Chez le malade dont nous rapportons l'observation, ce bacille se rencontrait dans la plupart des sérosités de l'organisme. Dans certains cas, cette recherche peut être plus délicate. Aussi devra-t-on procéder d'une façon méthodique, suivant le cas, pour arriver à un diagnostic positif.

A-t-on affaire à une tache érythémateuse, pigmentaire ou achromique, on devra de toute nécessité pratiquer une biopsie. La technique en est des plus simples. L'examen portera sur un fragment cutané du liseré périphérique de la tache. A l'aide d'une pince à mors plats on soulève une petite portion de l'épiderme et du derme, on projette à la base quelques bouffées de chlorure d'éthyle pour éviter toute douleur et à l'aide de ciseaux on découpe la partie de peau ainsi soulevée. La pièce est portée dans l'alcool à 90° et envoyée au laboratoire d'histologie. Les coupes sont colorées à froid par la solution de Ziehl pendant une demi-heure, puis la décoloration est faite à froid dans une solution aqueuse d'acide acétique au 1/200 et on termine en colorant légèrement le fond par du bleu de méthylène.

L'examen microscopique de la coupe montrera la présence de manchons d'infiltration péri-vasculaire, composés de cellules fixes de tissu conjonctif, avec des lymphocytes, des plasmazellen, quelques cellules géantes et dans ces manchons on trouvera en assez grande abon-

dance des bacilles de Hansen groupés de façon plus ou moins dense, signe différentiel d'avec le bacille tuberculeux, plus rare et plus isolé dans les coupes.

Le reproche à faire à cette méthode biopsique est la nécessité d'une organisation technique d'histologie, et par suite de ne pouvoir être faite que dans un laboratoire possédant un outillage assez compliqué.

Aussi pour les tubercules peut-on avoir recours à une méthode beaucoup plus simple d'examen. Au lieu de pratiquer une biopsie, il suffira d'examiner sur lames la sérosité prélevée au niveau du tubercule lui-même. Pour cela, on se munira d'une aiguille à injections hypodermiques de faible calibre, s'ajustant de façon aussi hermétique que possible à une seringue de Pravaz, dont on aura vérifié l'étanchéité.

Après avoir pris les précautions d'asepsie réglementaires, on pique l'aiguille en plein tubercule, et on aspire lentement mais d'une façon continue. Le peu de sérosité qui monte dans la lumière de l'aiguille est projeté sur lame. Si cette quantité est trop minime, on recommence l'opération trois ou quatre fois au même endroit ou sur des tubercules différentes et l'on obtient ainsi facilement un étalement suffisant. On fait un Ziehl à chaud classique, et s'il s'agit de lèpre la constatation du bacille de Hansen en amas avec ses globi typiques est à peu près constante.

On peut aussi utiliser le procédé du vésicatoire (Kalindero) ou la méthode d'Alvares qui consiste à triturer un fragment de peau dans un mortier avec de l'eau physiologique, manœuvres plus compliquées et n'offrant pas plus de garanties que les épreuves que nous venons de rapporter.

La recherche du bacille de Hansen est également possible dans le mucus nasal. On connaît la fréquence de la

rhinite aiguë ou du coryza chronique au cours de la lèpre, réactions inflammatoires de la pituitaire à la pululation du germe au niveau de cette muqueuse. L'examen est des plus faciles. On procède comme pour la coloration de la sérosité du tubercule. Dans certains cas, il est nécessaire d'administrer au malade une dose variable d'iodure de potassium pour exagérer l'écoulement par les narines et enrichir de cette façon la sécrétion bacillifère.

Cependant, cet examen du mucus nasal peut être cause d'erreurs. Il faut penser à différencier le bacille de Hansen du bacille de Karliniski qui est acido-résistant comme lui, mais qui offre comme caractères distinctifs d'être facilement cultivable sur les milieux ordinaires et d'être pathogène pour le cobaye en injection intrapéritonéale.

On a proposé récemment une nouvelle méthode de diagnostic de la lèpre par une réaction analogue à la réaction à la tuberculine dans la bacilliose. Il s'agit de *l'intra-dermo-réaction à la léproline*.

La léproline est un produit extractif de bacilles lépreux que Rost, médecin-major de l'armée anglaise aux Indes, eut l'idée d'utiliser, comme le fit Koch pour la tuberculine, dans un but thérapeutique.

Ne pouvant partir de cultures pures de bacille de Hansen, Rost, pour fabriquer son produit, fait macérer dans un bouillon spécial des tubercules lépreux, riches en bacilles, et en extrait par filtration continue un liquide chargé de toxines : c'est la léproline.

La valeur curative d'une pareille substance s'est montrée à peu près nulle. Du moins a-t-on songé à utiliser les réactions qu'elle provoque dans un but de diagnostic. Autoclavée à 120°, 1/20 de centimètre cube injecté dans le derme chez un sujet sain provoque une banale réaction non spécifique, analogue à la réaction tuberculini-

que. Il n'en est pas de même chez le sujet lépreux. L'action nocive de l'injection est tardive et prolongée. Au 3^e jour se manifeste au point de jonction un nodule érythémateux à base infiltrée, de dimensions un peu moindres que celles d'une pièce de 50 centimes. Le halo rose est comme une pièce de 5 francs vers le 4^e jour. Alors apparaît un point purpurique central qui devient une escarre de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un petit pois, qui finalement se dessèche et tombe au 15^e jour.

Ajoutons, pour terminer, que ces diverses manœuvres de laboratoire sont simples, faciles, à la portée de la majorité des praticiens et qu'elles sont tout particulièrement précieuses chaque fois qu'il s'agit d'affirmer un diagnostic clinique difficile.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PROPHYLACTIQUES

L'étiologie de la lèpre est une question encore entourée de nombreuses obscurités en dépit des études passionnées dont elle a été l'objet. Longtemps les observateurs les plus compétents se sont divisés sur la notion de la contagiosité de la lèpre. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins indéniable que la lèpre étant due à la pullulation dans l'organisme du bacille de Hansen, la transmission de la maladie ne peut se faire que par l'intervention de cet élément pathogène spécifique.

Reste à élucider dans quelles conditions se fait cette transmission du germe.

Il est certain que, dans la majorité des cas, il est difficile de retrouver avec précision les circonstances étiologiques initiales de la contamination, et cela même dans les pays comme la France où la maladie est relativement rare.

Dans le cas rapporté dans cette étude, nous en sommes réduits sur ce point aux hypothèses. Faut-il admettre une contamination possible au contact d'un foyer autochtone méconnu ? ou bien, supposition plus vraisem-

blable l'affection ayant débuté pendant la guerre, l'infection s'est-elle faite au contact d'un porteur de germes exotique comme il s'en est tant glissé au milieu des troupes coloniales ? L'enquête étiologique la plus minutieuse auprès du malade et de sa famille n'a pu apporter aucune précision.

Quoi qu'il en soit, ces deux opinions sont également possibles. En effet, malgré la disparition presque complète de la lèpre par rapport aux siècles passés, il reste encore en France un foyer lépreux assez circonscrit occupant plusieurs villages sur les hauteurs dans le département des Alpes-Maritimes (Laghet-la-Tourrette, Eze, La Turbie, etc.), foyer qui se poursuit de l'autre côté de la frontière italienne où se trouve la léproserie de San Remo. Il en existe bien d'autres encore, surtout en Bretagne, en Auvergne, dans les Pyrénées. Aussi, devant cette persistance de l'infection lépreuse dans ces diverses localités, ne peut-on considérer le village de notre malade comme un foyer anciennement connu du Languedoc.

De plus, les lèpres importées ne sont pas rares en France et représentent un autre facteur possible de danger. Pas mal de sujets, en effet, ont pris la maladie à l'étranger, soit aux colonies, soit dans certains pays de l'Amérique latine infestés de lèpre. Leur nombre est plus grand qu'on ne pense. Jeanselme estime de 160 à 200 le nombre des lépreux à Paris, dont beaucoup circulent en toute liberté et exercent des professions les mettant en contact incessant avec le public. On est en droit de croire qu'ils sont également nombreux dans les grands ports.

Si l'on ajoute à cela la quantité considérable de lépreux venus en France au cours de la guerre parmi les recrues coloniales, les quelques cas d'infection se manifestant

chez des Français ayant vécu au contact ou au voisinage de ces porteurs de germe n'ont rien de surprenant. Du moins, des observations comme la nôtre démontrent la réalité de ce danger.

Nous n'insisterons pas sur les modes particuliers de cette contagion. Nous ne pouvons songer à faire l'étiologie complète de la lèpre qui se prêterait à des développements susceptibles de nous entraîner loin du but que nous nous sommes proposé. Rappelons seulement l'extraordinaire abondance du bacille de Hansen dans les diverses lésions lépreuses et les diverses sérosités du malade, véritables sources d'élimination du germe dans le milieu extérieur : mucus nasal, squames épidermiques, glandes sébacées. On l'a décelé également dans les particules de salive projetées en parlant ou en toussant (Schœffer et Lie), dans l'urine, le sperme, les matières fécales. Chez notre malade, il a été retrouvé même dans la sécrétion des glandes lacrymales.

Le mécanisme de la transmission est mal connu. Elle se fait peut-être par contact avec le malade ou par des objets souillés par lui.

On a fait aussi ressortir l'importance du rôle des insectes comme agents vecteurs du bacille. Les moustiques, les mouches, les poux, les punaises, les puces, ont été incriminés à juste titre. Le *demodex folliculorum* a été trouvé porteur de bacilles (Borrel).

Malgré tous ces facteurs de dissémination, il n'en reste pas moins vrai que la lèpre est malgré tout une affection assez rare en France. Pour expliquer ce fait, on a pensé longtemps que, tout en demeurant contagieuse dans les pays exotiques, la lèpre pourrait avoir perdu ce caractère sur le vieux continent. Il n'en est rien. En effet, il ne manque pas de faits bien observés en France

établissant que la lèpre peut être transmise par contagion. MM. Chantemesse et Moriez ont rapporté plusieurs observations de lèpre contractée au contact des lépreux du foyer endémique des Alpes-Maritimes. Assez nombreux également sont les cas de lèpre chez des sujets n'ayant jamais quitté la France et chez lesquels il n'a pas été possible d'établir un contact avec un lépreux. Leloir en a rapporté dix dans une communication à l'Académie de médecine. A côté de bien d'autres encore, notre observation en est un bel exemple de plus.

Devant l'accumulation de tous ces faits, on comprend bien la nécessité de mesures prophylactiques antilépreuses, bien que « la transmissibilité de la lèpre soit subordonnée aux conditions d'un déterminisme très étroit » (Jeanselme et Sée). Or aucune mesure de prophylaxie nationale n'a été prise en France et les mesures de prophylaxie individuelle et générale sont insuffisantes. En Norvège, où le danger était pressant, la lèpre est en voie de disparaître à peu près complètement grâce aux mesures prises depuis longtemps déjà. De même en Allemagne, il existe une législation de prophylaxie antilépreuse depuis la découverte du foyer de Memel, qui d'ailleurs fut rapidement enrayé.

Quelles seront ces mesures prophylactiques ?

Voici les vœux de la Société de pathologie exotique, admis après une discussion sur ce sujet en 1913 :

1^o Inscrire la lèpre au nombre des maladies dont la déclaration est obligatoire.

2^o Organiser une surveillance discrète des lépreux, les exclure des établissements publics (écoles, casernes, etc.) et les écarter de l'exercice de certaines professions spécialement dangereuses au point de vue de la transmission de la maladie (boulangers, pâtisseries, etc.).

3° L'hospitalisation avec isolement absolu des lépreux mendiants et vagabonds.

4° Encourager la création de sanatoria privés.

5° Prendre des mesures rigoureuses pour enrayer les progrès de la lèpre aux colonies.

6° Interdire l'entrée en France aux lépreux étrangers.

C'est, à peu de choses près, les mêmes conclusions que l'Académie de Médecine adopta en 1911 après une longue discussion.

Ces mesures, qui n'ont rien de bien alarmant, s'inspirent manifestement de la notion malgré tout certaine de faible contagiosité de la lèpre. Elles sont cependant largement suffisantes. En effet, pour empêcher les lépreux dangereux de transmettre la maladie aux autres membres de la famille ou de la société, il n'est pas nécessairement indispensable de les isoler tous dans un établissement spécial. La surveillance discrète à domicile sera dans la majorité des cas suffisante. Hansen a bien montré qu'un lépreux qui a sa chambre à part, qui n'utilise pour ses besoins que des objets strictement personnels, dont le linge est mis à part et soigneusement désinfecté, qui prend des soins de propreté nécessaires, qui s'abstient de contacts intimes et prolongés avec les siens, a peu de chance de les contaminer. Ce lépreux pourra donc rester à domicile, à la condition qu'un contrôle sérieux assure l'observation de ces prescriptions.

Dans le cas contraire, s'il s'agit d'un mendiant ou d'un vagabond ou encore d'un malade indocile, l'isolement s'imposera dans un établissement étroitement surveillé.

Les malades d'une classe sociale plus élevée pour-

raient aller chercher un isolement contrôlé dans des sanatoria dont la création serait à encourager.

L'entourage des lépreux devra être également surveillé de façon à pouvoir dépister le début du mal, s'il y a eu contagion.

Les lépreux ne devraient être autorisés à se marier qu'entre eux ; encore faudrait-il que les enfants fussent, dès leur naissance, soustraits à la contagion familiale (Bertin-Sans et Carrieu).

Enfin, comme la lèpre est surtout une maladie d'importation comme la peste, le typhus exanthématique, etc., il faudrait prendre aux frontières de terre et de mer toutes les dispositions nécessaires pour empêcher l'accès des indésirables.

CONCLUSIONS

Nous ferons ressortir en manière de conclusions les propositions suivantes qui ont inspiré notre travail :

La lèpre, bien que manifestement en décroissance en France par rapport aux siècles passés, présente encore de nos jours des cas d'infection autochtone, preuve de la persistance de sa contagiosité.

L'arrivée en France, pendant la guerre, de contingents coloniaux où se trouvaient en grande quantité des lépreux a encore accru ce danger.

Aussi importe-t-il à la majorité des médecins de savoir dépister les cas de lèpre même les plus frustes.

Le diagnostic clinique s'affirme par la recherche des stigmates de la lèpre : troubles de la sensibilité, hypertrophie des nerfs cubitaux. Ce diagnostic doit être dans tous les cas confirmé par des épreuves de laboratoire, à la portée de la plupart des praticiens.

La possibilité d'un retour offensif de la lèpre rend nécessaire l'adoption de mesures prophylactiques anti-lépreuses : déclaration obligatoire de la lèpre, surveillance discrète des malades soignés dans leur famille, isolement forcé des indociles et des vagabonds, création de sanatoria, interdiction d'entrée et de séjour en France aux lépreux étrangers.

BIBLIOGRAPHIE

Années 1914-15-16-17-18-19.

NETTER. — Rapport relatif aux mesures spéciales de prophylaxie qu'il conviendrait de prendre dans la France continentale à l'égard de la lèpre. Discussions (Bull. de l'Acad. de méd., 1914).

COLOMBIER. — Lésions osseuses précoces de la lèpre constatées par la radiographie (Bull. Soc. path. exotique, 1914).

C. M. — Isolement des lépreux en France au moyen âge (Progrès médical, 1914).

MARCHOUX. — Etiol. et prophylaxie de la lèpre (Paris méd., 1913-1914).

PÉRIGORD. — Forme fruste de la lèpre avec phénomènes syringomyéliques et tuberculose (Limousin méd., Limoges, 1914).

PAUTRIER (L.-M.). — Diagnostic de la lèpre par les méthodes de laboratoire (Presse médicale, Paris, 1914).

SANTON. — La lèpre à l'Académie de médecine (Revue générale de clin. et therap. Paris, 1914).

PHILIBERT (A.). — Lèpre humaine et lèpre murine (Prog. méd., 1914).

BRAULT. — Note sur les cas de lèpre importés en Algérie (*Ibidem*).

PAUTRIER. — Du danger de l'infidélité des injections d'huile de Chaulmoogra dans le traitement de la lèpre (Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil., 1914).

- LEBOEUF. — Observations relatives au traitement de la lèpre et notamment à l'action favorable exercée par l'huile de Chaulmoogra chez les Canaques de l'Archipel calédonien (Bull. Soc. path. exot., 1914).
- SERGET et NÈGRE. — La lèpre en Algérie (Revue d'hyg., 1914).
- AUDRY. — La lèpre est-elle contagieuse ? (Press. méd., 1914).
- BEURMANN (DE) et ANGLADA (M^{lle}). — Lèpre conjugale. Contamination du mari par la femme (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1914).
- EICHMÜLLER. — Nouvelles remarques sur la lèpre en Tunisie (Lepre, 1914).
- ARDACHIR KHAN. — Etude de la lèpre (Bull. off. intern. d'hyg. publique, 1915).
- PULLIDO. — Etude de la lèpre en Espagne (*Ibidem*).
- SERGET et NÈGRE. — Etude de la lèpre (*Ibidem*).
- ROUSSEAU. — Sur la transmission de la lèpre (Bull. Soc. path. exot., 1915).
- ALFONSECA. — Voies d'émission du bacille de la lèpre (Jouve et C^{ie}, Paris, 1915).
- JERUSALEMY. — Myxœdème et Lèpre (Presse méd., 1915).
- JEANSELME. — Note sur la fréquence de la lèpre parmi les recrues coloniales (Bull. Soc. path. exot., 1916).
- REMLINGER. — Note sur l'état de la lèpre au Maroc (*Ibidem*).
- MILIAN. — Ulcération lépreuse de l'épaule (Presse méd., 1916).
- VAHRAM. — Traitement de la lèpre par les injections intra-veineuses d'huile de Chaulmoogra (Progrès méd., 1916).
- MARCHOUX. — Transmission de la lèpre par les mouches (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1916).
- JOLTRAIN. — Lèpre à forme mixte chez un tirailleur sénégalais (Presse méd., 1917).
- SPILMANN. — Un cas de lèpre anesthésique (Presse méd., 1917).
- BOIDIN. — Lèpre nerveuse (Presse méd., 1917).

LÉGER. — Lèpre à la Guyane française et ses réglementations successives (Bull. Soc. path. exot., 1917).

STEVENEL. — Essai de traitement de la lèpre par des injections intra-veineuses d'huile de Chaulmoogra (*Ibidem*).

MONTPELLIER. — Cinq observations nouvelles de lèpre recueillies à Alger (Bull. Soc. path. exot., 1918).

— Un nouveau cas de lèpre rencontré à Alger (Bull. Soc. path. exot., 1919).

PERRIÈR et BRAC. — Lèpre indigène (Presse méd., 1919).

LESPINASSE. — Une nouvelle coloration du bac. de Hansen (Bull. de Soc. de pharm., 1919).

BERTIN-SANS et CARRIEU. — Prophylaxie des maladies transmissibles (1920).

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de lèpre autoch-
tone (considérations cliniques, diag-
nostiques et prophylactiques),

par Jean Georgesco.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 15 juillet 1921.

Le Professeur,
VEDEL.

Vu :

Montpellier, le 14 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
